

136

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

M. HALPERN

Né à Moinesci (Roumanie), le 8/20 Septembre 1872

DE L'EMPLOI
DE LA
MÉTHODE DE KALTENBACH
DANS LA
RÉTENTION DES MEMBRANES

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges : MM. POIRIER, Professeur.

MARFAN et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

M. HALPERN

Né à Moinesci (Roumanie), le 8/20 Septembre 1872

DE L'EMPLOI

DE LA

MÉTHODE DE KALTENBACH

DANS LA

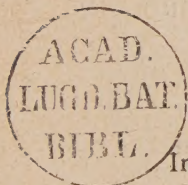
RÉTENTION DES MEMBRANES

Président : M. BUDIN, Professeur.

Juges : MM. POIRIER, Professeur.

MARFAN et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MÉRY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A TOUS MES PARENTS, A TOUS MES AMIS

À TOUS MES MAÎTRES

Des Hôpitaux et des Facultés de Paris et de Bucarest

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur.

Avant-Propos

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de rendre hommage à l'enseignement si élevé de la Faculté de médecine de Paris, où nous avons puisé, dans les leçons de maîtres éminents, les principes dont nous ferons notre ligne de conduite au cours de notre carrière.

Nous ne saurions oublier le dévouement que nos professeurs de la Faculté de Bucarest, nos premiers maîtres, ont apporté dans la mission de guider nos premiers pas dans l'art médical ; nous leur adressons ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Que nos maîtres des hôpitaux de Paris et de Bucarest veuillent bien agréer l'expression de notre vive gratitude. Nous sommes surtout redevable à MM. les Professeurs Kalindero, Jonnesco, Stoicesco, Petrini-Galatz et Babès, et à M. le Docteur Schachmann de Bucarest, à MM. les Professeurs Guyon, Potain, Reclus, Maygrier et Rendu, de Paris.

M. le professeur Herff, de Halle, a bien voulu nous donner des renseignements très circonstanciés sur la méthode préconisée par le prof. Kaltenbach, son ancien maître, aujourd'hui décédé, et nous a transmis sa conviction qui résulte d'une pratique personnelle de cette méthode pendant 10 ans, avec le plus grand succès. M. le Dr Porack, accoucheur en chef de la Maternité de Paris, a bien voulu nous communiquer deux observations de sa clientèle et nous permettre de suivre des parturientes avec rétention des membranes, traitées, par un procédé analogue, dans son service. Nous sommes heureux de pouvoir exprimer à l'un et à l'autre, notre sincère gratitude.

Que MM. Dubrisay, Génouville et Schwab, chefs de clinique à la Faculté, et M. Perret, moniteur, veuillent bien agréer l'expression de nos meilleurs remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée.

Nous savons gré tout particulièrement à notre ami, M. Barroz, et à notre collègue, M^{lle} Markoff, du concours qu'ils ont bien voulu nous prêter dans les recherches qu'a nécessitées ce travail.

Enfin, nous prions M. le Professeur Budin, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Le sujet qui va nous occuper sera divisé en six chapitres :

- 1° Définition de la méthode de Kaltenbach ;
- 2° Historique ;
- 3° Discussion générale de la méthode ;
- 4° Critique des diverses méthodes employées dans la rétention des membranes ;
- 5° Conditions d'application de la méthode ;
- 6° Indications ;
- 7° Conclusions.



Chapitre Premier

Définition

La rétention des membranes, en partie ou en totalité, est relativement fréquente à la suite de la délivrance, soit parce que les membranes sont trop adhérentes, soit parce que l'extraction du placenta a été pratiquée d'une manière intempestive, soit même parce que, dans la délivrance spontanée, son expulsion a été trop précipitée.

La rétention des membranes donne lieu, dans la pratique des accoucheurs, à des opinions contraires et à des directions, quelquefois, diamétralement opposées.

Si les auteurs sont à peu près unanimes à considérer la rétention du placenta comme une chose dangereuse, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit des membranes seules, et de cette divergence de vues, il s'en suit des différences d'intervention.

En ce qui concerne spécialement la rétention des membranes, nombre d'accoucheurs, nous diront

même la plus grande majorité, considèrent qu'elle constitue une situation périlleuse pour la femme. D'autres, au contraire, le plus petit nombre, du moins jusqu'à ce jour, ne la croient pas aussi redoutable.

En conséquence, les uns font plutôt de la thérapeutique active, interventionniste ; les autres de la thérapeutique passive, expectative. Les premiers, les interventionnistes, fondent leur opinion sur des cas d'accidents infectieux, dont l'issue même a pu être fatale, survenus à la suite de rétention des membranes. Les seconds fondent leur opinion sur des recherches microbiologiques et sur des observations cliniques également, qui montrent l'innocuité de la rétention, tant qu'elle se fait dans un milieu aseptique, anamicrobien.

Disons tout de suite que nous nous rangeons du côté de ces derniers et nous espérons arriver, dans le cours de notre travail, à prouver que la rétention des membranes, dans des conditions déterminées, est sans danger pour la parturiente et qu'il est simple et rationnel de les laisser dans une cavité bactériologiquement pure, et en cet état ne donnant pas risque d'infection.

Nous voulons parler du procédé qui, bien que n'ayant pas été mis en pratique pour la première fois par Kaltenbach, mérite cependant de porter son nom, parce que ce fut lui, le premier, qui, en lui donnant

des bases solides, a cherché à le vulgariser et l'a érigé en méthode.

Ce procédé consiste à couper, ou mieux à arracher en cas de rétention partielle ou totale des membranes, la partie des membranes retenues, qui pend dans le vagin, milieu séptique, et à laisser le reste exclusivement dans la cavité utérine, milieu aseptique.

Il n'y a donc pas danger, ainsi que nous le démontrerons tout à l'heure, à laisser séjourner des débris de membranes, ou même les membranes entières, jusqu'à leur élimination naturelle et spontanée, dans ce milieu, à la condition bien entendu qu'aucun germe infectieux n'y soit apporté. Et pour cela, l'antisepsie la plus rigoureuse des voies capables de propager l'infection sera pratiquée.



Chapitre II

Historique

Le premier qui, à notre connaissance, s'est occupé de la question en employant, comme mode de traitement de la rétention des membranes, le procédé qui fait le sujet de notre travail, fut Yves.

Avant lui, Bailly (1) avait publié, dans la Gazette des Hôpitaux, deux observations qui concernaient des femmes accouchées ayant eu de la rétention des membranes, qu'il attribuait à une inversion placentaire. Il montre l'innocuité de ces membranes retenues dans l'utérus, en disant que dans ces cas « on doit commettre à la nature l'expulsion du lambeau membraneux et s'abstenir de toute tentative immédiate de décollement et d'extraction de la membrane, faite à l'aide de la main portée dans la matrice. »

Yves (2) confirme les vues de Bailly et, dans un cas personnel de rétention des membranes, où il a

(1) Gazette des Hôpitaux, 5 novembre 1874.

(2) Yves, — Archives de Tocologie 1875, p. 93.

cherché vainement, pendant une heure, à décoller celles-ci, très adhérentes au fond de l'utérus, décrit ainsi son mode d'agir : « J'introduisis deux doigts de la main gauche et m'en servant comme conducteurs, j'allai couper avec des ciseaux mousses les membranes aussi près que possible de leur point d'attache. »

Il n'a pas eu à regretter d'avoir employé ce procédé, auquel il a eu recours par la force des choses en quelque sorte, car au bout de 40 heures, les membranes retenues sont sorties et la parturiente a eu des suites de couches absolument normales.

Plus tard Kaltenbach (1) déclare que, dans des cas de rétention, c'est seulement la partie des membranes, qui est en contact avec le vagin et le col, qui risque d'être infectée, mais que la partie de celles qui demeurent dans l'utérus ne le devient souvent que parce qu'on a pratiqué une manœuvre imprudente d'extraction.

Les recherches de R. Strauss et Souchez-Toledo en France, de Gönner, Winter, Döderlein, etc., en Allemagne, apportèrent la preuve bactériologique à la méthode de Kaltenbach.

En se basant sur les travaux de Kaltenbach, Winter et Döderlein, Eberhardt (2) discute la question au

(1) Zur Antisepsis in der Geburtshilfe, Volkmann's Samml. Klin. Vorträge, 1887, n° 295.

(2) Zur Frage der Behandlung der Eihautretentionen. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaec, tome XVI, 1889.

point de vue de l'infection, et montrant les avantages de la méthode, il arrive aux conclusions de son maître, le Professeur Kaltenbach, ainsi résumées : 1° on doit arracher les lambeaux de membranes qui pendent dans le vagin ; 2° on doit rendre le vagin aseptique par des lavages répétés, avant et après l'accouchement.

« Avec cette manière précise de procéder, ajoutait-il, nous en avons fini avec l'incertitude d'autrefois et la question de la rétention des membranes est au point. »

Dans son ouvrage « De l'asepsie et de l'antisepsie en Obstétrique », M. le Professeur Tarnier (1), à propos de son procédé de ligature, à la vulve, des membranes adhérentes au fond de l'utérus, cite la méthode de Kaltenbach et ajoute : « Depuis 5 ans que cette manière de faire a été adoptée dans les cliniques de Giessen et de Halle, toutes les femmes atteintes de rétention des membranes ont eu des suites de couches absolument apyrétiques », mais ne l'ayant jamais essayé, il fait des réserves sur son efficacité, jusqu'à nouvel ordre.

A son tour, notre maître, M. le Professeur Budin (2) recommande, dans la rétention de membranes

(1) De l'asepsie et de l'antisepsie en Obstétrique, 1894, p. 475.

(2) Leçon clinique inédite sur la rétention des membranes du 18 novembre 1899.

dans l'utérus, d'essayer de les détacher avec la main introduite dans le vagin et, en cas d'insuccès, de les arracher le plus haut possible, du côté de l'utérus. « De cette manière, dit-il, les membranes ne font pas de drainage et la cavité utérine se trouve à l'abri de toute contagion ».

On doit donc, pour employer l'expression de M. le Professeur Budin, « les rompre et attendre ». Nous verrons plus loin les conditions dans lesquelles il emploie ce procédé et nous montrerons qu'il agit ainsi quand la parturiente se trouve dans un état aseptique et quand l'antisepsie a été bien faite. C'est à l'occasion d'une des cliniques de notre maître, faite sur la rétention des membranes, que nous avons recueilli la plupart de ces idées, qui ont été pour nous d'une très grande utilité dans le cours de cet ouvrage.

M. le Dr Porak emploie dans son service, à la Maternité de Paris, un procédé analogue, c'est-à-dire toutes les fois qu'il a un cas de rétention des membranes, il va avec deux doigts, à leur recherche, jusqu'au niveau du col et en enlève la portion qui pend dans le vagin.

Nous aurons l'occasion de revenir, dans le cours de ce travail, sur les résultats de son procédé, à l'appui duquel nous apportons des observations prises dans son service, grâce à sa haute bienveillance.

Enfin dans une lettre que M. le Prof. v. Herff, de Halle, ancien collaborateur du Prof. Kaltenbach, a

bien voulu nous adresser, nous lisons : « Les résultats de la méthode sont excellents ; je n'ai jamais vu, à la suite de son emploi, pendant ces dix dernières années, ni hémorragie, ni endométrite, ni métrite chronique ; encore moins de déciduomes et surtout de déciduomes malins », et dans une autre lettre : « Tous ceux qui suivent la méthode de Kaltenbach arrivent certainement aux mêmes résultats que nous, s'ils font en même temps une asepsie et antisepsie rigoureuse pendant l'accouchement ».

.
Voilà donc l'énumération, faite dans l'ordre chronologique, des auteurs qui se sont plus spécialement occupés du procédé d'extraction des membranes, qui fait le sujet de notre thèse, et la question se trouve ainsi mise au point

Nous avons hâte d'arriver à la discussion de la méthode et de montrer les preuves qui militent en sa faveur.



Chapitre III

Discussion générale de la méthode de Kaltenbach

Dans ce chapitre nous allons d'abord établir le principe fondamental de l'asepsie utérine, à l'état normal, sur lequel repose notre méthode, ensuite nous étudierons la question de la rétention des membranes au point de vue de ses dangers ou de son innocuité, enfin, nous discuterons les deux théories de l'auto et de l'hétéro-infection, et après cet exposé, d'où ressort l'indication de la méthode de Kaltenbach, nous prendrons un parti, et, connaissant les voies d'infection, nous en donnerons les indications prophylactiques.

Le principe fondamental de la méthode de Kaltenbach est, nous l'avons déjà proclamé dans les pages qui précèdent, le suivant :

La cavité utérine est normalement aseptique.
Nous avons ajouté qu'en conséquence il n'y a pas

d'inconvénient à y laisser séjourner, jusqu'à leur élimination naturelle et spontanée, des débris de membranes, ou même des membranes entières, à la condition toutefois qu'elles ne soient pas contaminées, au préalable, au moment de l'accouchement, ou qu'il n'y ait, dans la suite, aucune cause capable d'en déterminer l'infection.

On voit aussitôt après cela que le complément indispensable de la méthode est : *l'antisepsie rigoureuse des voies habituellement septiques, capables de propager l'infection.*

Mais sans aller plus loin, occupons-nous de la discussion de notre principe de l'asepsie utérine, et voyons sur quelles preuves il est établi, et quels résultats bactériologiques et cliniques ont conduit les auteurs à le formuler

Strauss et Toledo (1) dans leurs recherches sur les animaux ont trouvé que l'utérus ne renferme pas de microbes et que même ceux qui y sont introduits disparaissent rapidement.

Winter (2) est arrivé aux mêmes conclusions en pratiquant des investigations sur des utérus de femmes laparotomisées.

D'autre part, en étudiant les lochies, Döder-

(1) Recherches microbiologiques sur l'utérus après l'accouchement physiologique. Paris, 1888.

(2) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaec., 1888. Vol. XIV, p. 443.

lein (1) a montré que celles qui sont recueillies au niveau de l'utérus sont dépourvues de tout germe,

Sans entrer dans plus de détails sur cette importante question, nous allons, maintenant qu'elle est suffisamment démontrée, aborder un autre problème qu'il nous est indispensable de résoudre et qui est : celui du danger ou de l'innocuité de la présence et du séjour de l'arrière-faix, en partie ou en totalité, dans l'utérus.

Déclarons tout d'abord, que nous ne voulons envisager de l'arrière-faix, à ce point de vue, que les seules membranes, car le placenta, ainsi que nous l'indiquerons plus loin, à propos des conditions, rend impossible *a priori* l'application de notre méthode.

§ 1

Quels sont donc les dangers qui résultent de la rétention des membranes dans la cavité utérine ?
Y a-t-il, oui ou non, danger.

Si nous nous adressons aux divers auteurs pour résoudre la question, nous trouvons deux opinions tout-à-fait contraires.

Il y a des accoucheurs qui regardent la rétention

(1) Untersuchung über das Vorkommen von Spaltpilzen in den Lochien der Uterus u. der Vagina gesunder u. Kranker Wöchneriner. Arch. f. Gynaek, 1887, p. 412.

des membranes comme une complication sérieuse de l'accouchement et en conséquence, ils conseillent d'agir par les moyens thérapeutiques les plus actifs.

D'autres auteurs regardent la rétention des membranes comme une chose insignifiante et recommandent une thérapeutique expectative.

Parmi les partisans de la thérapeutique active, il y a un certain nombre qui considèrent la rétention des membranes comme dangereuse à cause des hémorrhagies consécutives, d'autres à cause de l'infection.

E. Martin était convaincu que les plus petits lambeaux de membranes entraînaient fatalement et immédiatement les suites les plus fâcheuses, surtout l'hémorrhagie et recommandaient de les extraire aussitôt après l'accouchement en introduisant la main dans l'utérus.

Henck (1) dit aussi avoir observé des métrorrhagies à la suite de la rétention de débris insignifiants de chorion et de caduque.

En réalité, les cas d'hémorrhagie, dans les suites de couches, par rétention de membranes, sont beaucoup moins fréquents que ne le pensent Martin et Henck. Habituellement c'est un écoulement sanguin

(1) Contribution à l'étude de l'endométrite, en particulier de la rétention du chorion et de la caduque. — Berlin, 1896, in *Centralbl. f. gynaek.* 1897, n° 6, p. 157.

léger, qui peut cesser de lui-même ; dans quelque cas pourtant il est assez sérieux pour nécessiter l'extraction des membranes.

Ainsi Dépaül (1) cite une observation intéressante d'hémorrhagie secondaire survenue chez une femme présentant de la rétention des membranes.

Cazeaux (2) note l'histoire d'une femme, qui avait été prise d'une hémorrhagie une demi-heure après l'accouchement ; l'écoulement sanguin dura trois heures et ne termina qu'après l'extraction des membranes restées dans l'utérus.

Mais un grand nombre d'auteurs voient le danger de la rétention des membranes dans l'infection.

Dohrn (3) insiste sur la fréquence de l'élévation de la température à la suite de la rétention des membranes, et dans une statistique de 1000 femmes accouchées, il rapporte 14 cas d'infection avec issue mortelle.

Lazarovitsch (4) attribue aussi un danger d'infection à la rétention des membranes. Pour lui, la rétention de l'amnios a une gravité plus considérable que celle des autres membranes, car elle succède à la rupture prématurée de la poche des eaux, et, d'autre part, l'amnios, par son état d'amincissement patholo-

(1) Leçons de clinique obstétricale, p. 563.

(2) Traité d'accouchements, p. 932.

(3) Deutsche medicin. Wochensch. 1883, p. 33.

(4) Centralbl. f. gynaek., 1887, p. 43.

gique, devient facilement putrescible et favorable au développement des microorganismes.

Ahlfeld qui se montra le défenseur de la théorie de l'auto-infection, considérait la rétention des membranes comme cause de la septicémie, sans que les germes fussent nécessairement apportés du dehors. Il recommandait alors l'extraction immédiate des membranes.

Mais dans la suite, il soutint la thérapeutique expectative.

Dans un travail de Reihlen (1) fait dans le service de Fehling (1880) on trouve une statistique de 104 cas de rétention de membranes traités par l'expectative, et 48 cas par l'extraction manuelle du chorion.

Dans le premier groupe on a eu :

59 % de suites de couches normales,
27 % de fièvre légère,
14 % d'état grave.

Dans le deuxième groupe :

41 % de suites de couches normales,
46 % de fièvre légère,
15 % d'état grave.

Dans chacun des deux groupes, il y eut un cas mortel.

(1) Zur Frage de Behandlung der Chorionretention. — Arch. f. Gynec. T. XXXI, p. 55.

Il faut donc conclure que la thérapeutique qui consistait dans l'extraction des membranes, aussitôt après l'accouchement, a eu comme résultat l'augmentation des cas de fièvre de 19 %.

Ces résultats ont conduit Fehling à une thérapeutique d'expectative. Mais il pensait qu'avec une antiseptie rigoureuse, l'intervention immédiate pouvait être pratiquée sans grands dangers.

En effet nous apprenons par la thèse de Huber (1) que plus tard à la clinique de Bâle, Fehling a mis en pratique cette dernière méthode avec succès. Huber arrive à cette conclusion, qu'il faut faire l'extraction seulement, en cas de rétention du chorion, car cette rétention est dangereuse, à cause du terrain de culture favorable qu'elle offre aux microorganismes et aux dangers de septicémie qui s'ensuivent.

Fehling considère que c'est surtout lorsque le chorion, détaché des parois utérines, reste enfermé dans la cavité, qu'il faut redouter l'infection et intervenir.

Enfin d'après les derniers renseignements que M. le Professeur V. Herff, a bien voulu nous communiquer, il paraît que le Professeur Fehling, à la clinique de Halle, fait de nouveau de la thérapeutique expectative.

(1) Ueber Chorionretention. — Ursache und Behandlung derselben. — Diss : Centralbl. f. Gynaek. 1891.

Il semble donc que le Professeur Fehling regarde, à l'heure actuelle, la rétention des membranes, comme moins dangereuse et que la crainte d'infection, que son élève Huber lui attribuait, est, sinon disparue, au moins atténuée.

On voit donc que des mêmes auteurs changent d'avis et de ligne de conduite en cas de rétention des membranes, selon les résultats qu'ils ont obtenus dans leur pratique.

Nous avons dit qu'il y a une autre catégorie d'auteurs qui ne voient pas d'inconvénients à la rétention des membranes et soutiennent par suite une thérapeutique expectative.

Déjà Puzos (1) disait : « S'il en reste quelque portion peu considérable, on ne conseille pas d'aller porter la main dans la matrice, tant à cause de la difficulté qu'il y a de la rencontre dans cette cavité, que parce qu'il n'est guère possible de l'assujettir dans ses doigts pour la tirer ; car ces petits feuillets membraneux et gluants échappent aisément aux doigts qui veulent les saisir et les emporter. Il est donc mieux de les abandonner aux soins de la nature, puisqu'il est certain qu'ils se fondent en peu de jours par pourriture et qu'ils sortent avec les lochies ; ou bien, quelquefois, ils font corps avec quelques caillots de sang qui les entraînent sous la forme d'une masse

(1) Cité par Varnier. — Obstétrique journalière, 1900.

qui coûte à la femme quelques tranchées et qui, dans sa sortie, excite un effort involontaire ».

Crédé (1) trouve aussi que la rétention des membranes n'entraîne pas de complications sérieuses.

C'est en répondant aux reproches qu'on a toujours faits à sa méthode de délivrance, par expression immédiate, d'entraîner fréquemment une rétention des membranes, qu'il dit : « Je ne fais l'extraction des membranes, que lorsqu'elles sont accessibles et qu'on peut les prendre facilement avec les doigts ; je ne fais aucune intervention, si elles sont très haut et adhérentes. La main ne doit jamais être introduite dans le vagin, ou dans la cavité utérine. Mais j'ai le soin de faire une antiseptie rigoureuse du vagin et, pour augmenter les contractions utérines, je donne du seigle ergoté. Ainsi, les restes de membranes sont expulsés dans les premiers jours après l'accouchement, sans avoir produit de complications. Quelquefois la rétention peut s'accompagner de lochies fétides, d'ascension légère de la température et de fréquence du pouls, sans que l'état général de la parturiente devienne mauvais ».

Dans une statistique de 2,000 accouchements, Crédé a eu 96 cas de rétention de membranes, dont 18 cas de rétention complète, 78 de rétention partielle. Dans 91 cas, on a laissé les membranes dans l'utérus ;

(1) Ueber die Zweckmassigste Methode der Entfernung der Nachgeburst. Arch. f. Gynaec. Bd, XVII.

on a fait l'extraction 5 fois. De ces 91 parturientes, 81 sont sorties le 12^e jour dans un état parfait, 10 un peu plus tard, sans que ce retard soit en relation avec la rétention des membranes.

Dans les 81 cas, on a eu 42 avec de légères ascensions de température et fréquence du pouls, mais sans aucune apparence d'infection. L'élévation de la température, qui montait rarement à 39°, durait un ou plusieurs jours et disparaissait avec la sortie des membranes.

« De sorte que, dit-il, si on n'avait pas eu soin de prendre la température et le pouls, on aurait méconnu ce petit changement dans l'état de la femme.

« Sept fois, ajoute-t-il encore, on a pu constater de très légères hémorragies, qu'on ne doit pas attribuer à la rétention des membranes, mais plutôt à l'insuffisance des contractions utérines, ou au détachement d'un thrombus mal fixé.

« Dans les 18 cas de rétention complète, il y a un cas où mon assistant, sans mon avis préalable, avait fait l'extraction manuelle, sans cause pressante.

« La malade sort le 11^e jour bien portante. Les 17 autres, chez lesquelles on n'a pas touché aux membranes, ont pu quitter le service : 16 d'entre elles le 11^e jour et une le 16^e jour. ».

Abegg (1), en vantant le procédé de délivrance

(1) Zur Entfernung des Nachgeburt nach Crédé. Arch. f. Gynaek., vol. XVII, p. 378.

de Crédé, dit qu'on peut y voir des rétentions de membranes, mais il ajoute que ces cas sont sans danger pour la femme et ne nécessitent comme traitement que les injections vaginales. D'autres moyens, comme l'extraction à l'aide des mains ou d'instruments, pourraient plutôt nuire.

D'après les observations d'Olshausen (1), il résulte que la rétention même du chorion entier n'est pas dangereuse et ne nécessite pas d'intervention, sauf dans les cas où l'on soupçonne qu'il y a aussi de la rétention d'une masse placentaire accessoire.

Avec Kaltenbach (2) la question de la rétention des membranes passe par une nouvelle phase. Il observa attentivement les cas de rétention des membranes avec ou sans infection et fut convaincu que le danger de la rétention n'était pas dans le fait de cette rétention elle-même, mais dans la rencontre des débris avec les micro-organismes. Par conséquent les membranes retenues dans la cavité utérine, qui ne reçoivent pas l'infection du dehors, ne sont pas soumises à la putréfaction. Le contraire arrive quand une partie des membranes se trouve dans le canal cervical, ou dans le vagin plus ou moins septique.

On comprend ainsi pourquoi il donne une importance spéciale à la désinfection du canal génital pen-

(1) Klinische Beiträge zur Gynaek. u. Geburtsh., 1884, p. 146.

(2) Kaltenbach, Loc. cit.

dant et après l'accouchement, avant tout examen et avant toute intervention. « Il faut mettre le même soin, disait-il, à cette désinfection que celui que le chirurgien met pour son champ opératoire.

Cohn (1) dit aussi n'avoir jamais senti la nécessité d'employer l'extraction manuelle, en cas de rétention des membranes, si l'accouchement a été fait aseptiquement.

Mikhnow (2) croit que des grandes parties de membranes, même la poche tout entière, peuvent rester longtemps dans l'utérus, sans donner naissance à des complications. Après leur élimination de l'utérus, dans un temps plus ou moins long, elles peuvent se présenter tout-à-fait fraîches, sans aucune mauvaise odeur.

Si donc il y a nombre d'auteurs qui voient certaine gravité, soit immédiate soit tardive, dans la rétention des membranes; d'autres, au contraire, la considère comme moins dangereuse, dans des conditions déterminées.

Quelles sont donc ces conditions d'innocuité ? De ces conditions nous en connaissons déjà une, c'est celle formulée par l'auteur même de la méthode, c'est la rétention exclusivement limitée à l'utérus. Une autre condition est celle de l'asepsie la plus parfaite

(1) Zur Physiologie u. Diätetik der Nachgeburtsperiode-Zeitschr. f. geburtsh u. Gynæk, v. XII, p. 381.

(2) Rétention des membranes, Gazette de Botkine, 1897.

possible du canal cervical, à l'aide de l'antisepsie ; c'est aussi l'asepsie la plus parfaite possible de tout ce qui est appelé pendant et après l'accouchement à s'approcher de la cavité utérine, susceptible par conséquent d'y apporter un principe septique et en troubler la virginité bactérienne.

C'est ce qui nous amène au grand problème de l'*auto* et de l'*hétéro-infection*.

§ II

Deux voies, en effet, sont réservées à l'infection qui peut pénétrer jusqu'au niveau des débris de membranes, renfermés dans l'utérus : 1^o la voie sanguine ou lymphatique, que nous laisserons de côté comme étant de beaucoup la plus rare d'un côté, et comme n'entrant pas directement dans notre sujet ; 2^o la voie centrale, cervicale, celle qui nous intéresse.

Par cette voie cervicale, le microbe peut être conduit, soit qu'il y ait été déposé par les doigts de l'accoucheur, les instruments et les objets de pansement : c'est l'*hétéro-infection* ; soit qu'il y ait été amené, ayant eu le vagin lui-même pour point de départ : c'est l'*auto-infection*.

C'est là, il faut le reconnaître, une question encore très controversée à l'heure actuelle. Certains auteurs, ainsi que nous allons le montrer dans la

suite, n'admettent que l'hétéro-infection, et d'autres au contraire, admettent à côté d'elle l'auto-infection comme une éventualité d'infection, mais une éventualité moins fréquente.

Pour beaucoup d'auteurs, dit M. Varnier, la question de l'auto-infection se résume en ceci :

« Lorsqu'à la suite d'un accouchement ou d'un avortement surviennent des complications septiques locales ou générales, doivent-elles, dans tous les cas, être imputées à l'hétéro-infection, c'est-à-dire à l'apport, à l'innoculation extemporanée dans le canal génital, au cours du travail, de la délivrance ou des suites de couches, des germes pathogènes que nous connaissons ? Ou bien ces germes pathogènes ne pouvaient-ils pas préexister dans le tractus génital de la parturiente à l'état de saprophytes ? N'y vivaient-ils point depuis longtemps déjà, sur le pied de paix, en sommeil, mais prêts à récupérer leurs qualités parasites, dès que le traumatisme de l'accouchement le plus simple, le plus spontané leur ouvre la porte de l'organisme jusque-là protégé par l'intégrité du vêtement épithélial ? »

Dans ce dernier cas, la parturiente pourrait trouver en soi le germe de l'infection, d'où les dénominations d'auto-infection, infection autogène. »

C'est une question qui a pour nous, une importance extrême, car de l'état bactériologique du tractus génital découle la conduite à tenir dans les suites de

couches en général, dans les cas de rétention de membranes en particulier.

Mais si la majorité des auteurs tendent à admettre la théorie de l'auto-infection suivant laquelle il y a possibilité d'infection pour la parturiente par les microorganismes trouvées dans son propre canal génital, sans l'apport nécessaire de ceux venus du dehors, la question, ainsi que nous avons dit, est loin d'être définitivement résolue.

Ainsi Gönner (1) a constaté de nombreuses variétés de microorganismes dans le col utérin et dans les sécrétions vaginales. De ses différentes recherches il est arrivé à la conclusion que si le canal vaginal et la cavité du col contiennent des microorganismes, ils sont en état de saprophites et jamais pathogènes, incapables donc d'engendrer l'infection.

Il considère par conséquent l'auto-infection comme impossible et les injections vaginales prophylactiques comme inutiles.

Winter (2), à son tour, essaye de résoudre deux questions, à savoir :

1° Dans quelle partie du canal génital de la femme saine se trouve les microorganismes.

2° Dans quel état sont-ils, y en a-t-il de pathogènes ?

Par des recherches extrêmement méticuleuses

(1) Centralb, f. gynaek, 1887, n° 28.

(2) Winter. — Loc. cit.

sur des utérus enlevés par la laparatomie, il montre que le corps de l'utérus et les trompes sont dépourvues de germes infectieux, tandis que le vagin et le col d'une femme saine en renferment des quantités considérables (il a trouvé jusqu'à 27 espèces microbiennes différentes), la limite de séparation étant l'orifice interne du col.

En ce qui concerne la deuxième question, il est arrivé à la conclusion que le canal génital contient dans la moitié des cas des organismes pathogènes, surtout des staphylocoques, qui se trouvent dans un état de moindre virulence. Il confirme donc l'existence de l'auto-infection.

« Pour ces raisons, dit-il, je ne vois aucun danger à la rétention du placenta ou des membranes dans la cavité utérine, puisqu'ils ne peuvent se putréfier dans un milieu, qui ne contient pas de microorganismes ; si ces membranes pendent, au contraire, dans le vagin ou dans le cervix, il se peut que cette partie entre en putréfaction, qu'elle transmettrait alors à la partie des membranes contenue dans l'utérus.

« Si les membranes retenues dans l'utérus arrivent jusque dans le vagin, je considère le conseil de Kaltenbach comme le meilleur, c'est-à-dire d'arracher cette portion et de laisser la partie restante dans l'utérus se détacher spontanément » et plus loin : « Je crois que l'auto-infection se produit chez la femme saine par les microorganismes pathogènes qui vivent

dans le canal génital. On doit faire l'antisepsie, pas seulement du vagin, mais aussi du canal cervical. Une fois le canal génital plus ou moins stérile on risque moins de transporter l'infection dans l'utérus par des touchers poussés trop haut. On comprend facilement que si on est forcé, pendant l'accouchement ou dans la suite, d'entrer dans la cavité utérine, on doit être sûr de ne pas apporter les microbes dans une cavité qui n'en avait pas.

« Par conséquent, conclut-il, on doit prendre en considération le fait qu'il y a dans le canal génital des microorganismes pathogènes, qui, bien qu'ayant une virulence moindre, peuvent pourtant dans certaines circonstances la regagner et donner de l'auto-infection. »

D'un autre côté Döderlein (1), ainsi que nous l'avons dit, a poussé ses recherches sur les lochies et est arrivé à démontrer que les lochies à l'intérieur de la cavité utérine ne renferment aucun élément septique et que les microorganismes de la putréfaction ne s'y mêlent que dans le vagin et le col.

Après de nombreuses recherches cet auteur est arrivé à établir 2 espèces de sécrétions vaginales : une normale (à réaction acide) et l'autre pathologique (à réaction alcaline).

Dans le vagin à réaction acide il n'a trouvé aucun

(1) Döderlein. — Loc. cit.

microbe pyogène, mais seulement des microorganismes inoffensifs ; dans le vagin à réaction alcaline, au contraire, il a trouvé le streptocoque et le staphylocoque, dans la proportion de 9,2 %.

Le microbe ordinaire du vagin normal serait un bâtonnet (Scheidenbacill) qui a pour fonction de sécréter de l'acide lactique. C'est à cet acide que serait due la transformation des sécrétions alcalines pathologiques en sécrétions neutres, puis acides.

Il résulte de cette acidité de sécrétions vaginales une atténuation notable de la virulence des microorganismes apportés ou non du dehors dans le vagin.

Il tirait de ses investigations les conclusions suivantes :

« Chez les femmes enceintes à sécrétion normale, vous pouvez sans crainte pratiquer le toucher. Si par hasard vous apportez quelque germe pathogène, il ne tardera pas à disparaître.

Le bacille vaginal y mettra bon ordre. Mais prenez garde à la sécrétion pathologique. Si pendant la grossesse, votre toucher y introduit des germes pathogènes, ils vont y trouver des conditions favorables, s'installer à demeure.

Au cours du travail, vos explorations internes répétées, avec des doigts aussi aseptiques que vous voudrez, pourront pousser ces germes jusqu'à l'utérus, d'où auto-infection » (Varnier).

La doctrine de l'auto-infection semblait ainsi

assise sur des bases solides ; mais tout récemment, elle a été battue en brèche par Krönig (1) :

« Il trouve aussi deux catégories de sécrétions vaginales : 1° la plupart où dominent les bâtonnets de moyenne grosseur (sécrétion normale) et 2° celles où dominent les bâtonnets fins ou les cocci (sécrétion pathologique) qui présente aussi, contrairement à l'idée de Doderlein, une réaction acide.

Qu'elles appartiennent à l'une ou l'autre catégorie, qu'elles renferment ou non les « Scheidenbacillen » visibles au microscope, elles se montrent également vierges de bactéries pathogènes lorsque, après les avoir recueillies avec des précautions suffisantes pour éviter leur contamination par les germes extérieurs, on les ensemence sur plaque d'agar à réaction faiblement alcaline, milieu de culture idéal pour le streptocoque, le staphylocoque et le bactérium coli ».

Par conséquent, selon lui : « que la sécrétion soit normale ou pathologique, qu'elle renferme ou non des « Scheidenbacillen », elle possède une force bactéricide égale vis-à-vis des trois espèces microbiennes considérées.

Grâce à cette force bactéricide, le vagin des femmes grosses est vierge de germes, que la sécrétion soit normale ou pathologique ».

Krönig croit donc pouvoir affirmer « qu'on ne

(1) Krönig, cité par Varnier, op. cit.

saurait trouver dans la sécrétion vaginale des femmes grosses de quoi faire une auto-infection à streptocoque, à staphylocoque, à coli-bacille » (bactéries aérobies).

Eberhart (1), en résumant les travaux de Kaltenbach, Winter et Döderlein, confirme et précise davantage leurs recherches.

Il discute la question au point de vue septique et dit : « Tant que les membranes resteront dans l'utérus, elles ne renfermeront aucun microbe. On ne sera pas forcé de les extraire de l'utérus, mais d'enlever simplement la partie qui pend dans le col et le vagin.

Cette dernière peut se trouver en contact intime avec les microorganismes du vagin et amener des accidents septiques. La propagation à l'utérus est facile dans ce cas.

On doit dans les premiers jours aseptiser le vagin et la vulve, afin que les lambeaux de membranes, qui ultérieurement s'évacue de l'utérus, soient en contact le moins possible avec les germes de putréfaction.

Si des lambeaux membraneux sont adhérents à l'utérus et pendent dans le vagin, nous conseillons de les extirper. Il faut bien se garder d'introduire la main dans l'utérus et il faut y laisser séjourner les membranes qui s'y trouvent. »

(1) Zur Frage der Behandlung der Eihautretentionen. Loc. cit.

§ III

Maintenant que nous avons montré quelles preuves nous possédons en faveur de l'asepsie normale de la cavité utérine ; maintenant que nous avons examiné les dangers réels ou fictifs que peut offrir le séjour des membranes dans l'utérus et les conditions à remplir pour que ce séjour ne soit pas à redouter ; maintenant que nous avons en face l'une de l'autre les deux théories de l'auto et de l'hétéro-infection, il nous reste à prendre un parti, et à agir en conséquence, c'est-à-dire à étudier les diverses voies de l'infection et les moyens à prendre, proposés par divers auteurs, pour y remédier.

Tout d'abord donc, nous allons essayer de nous prononcer au sujet de cette question brûlante de l'auto et de l'hétéro-infection.

Quoique cette question ne soit pas encore complètement tranchée, nous inclinons à admettre à côté de l'hétéro-infection, qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, l'auto-infection également, comme une possibilité de septicité.

En effet, malgré les recherches toutes récentes de Kronig, où il démontra l'auto-infection par la voie vaginale comme extrêmement réduite, à cause de l'absence, ordinairement, dans le mucus cervico-

vaginal, de bactéries aérobies capables de l'engendrer, la majorité des auteurs admet l'auto-infection.

Et à ce propos, la possibilité de l'auto-infection par voie vaginale n'est pas sans analogie avec celle par d'autres voies naturelles, notion qui semble définitivement acquise.

Même Kronig qui dit n'avoir pas trouvé des bactéries aérobies dans le vagin ajoute : « qu'il y a, dans la sécrétion vaginale, des saprophytes anaérobies qu'on est en droit de supposer à priori capables d'effets pathogènes, ou au moins, on doit dire qu'il est actuellement impossible d'affirmer que parmi les saprophytes anaérobies du vagin il n'en est point qui soient capables d'engendrer une auto-infection ».

On comprend facilement que, au point de vue prophylactique, la distinction entre ces deux modes d'infection est de la plus haute importance.

« Pour les accoucheurs qui n'admettent que le premier processus, celui de l'hétéro-infection, de l'infection par bactéries exogènes, la prophylaxie devrait se borner à la stérilisation des mains, des instruments, des objets de pansement dont la septicité menace seule la parturiente. Si l'on s'abstenait de toucher la femme en travail ou accouchée, nulle infection ne serait à redouter. Toute antisepsie prophylactique du tractus génital pourrait être mise de côté » (Varnier).

Mais, d'après ce que nous avons dit plus haut, le

maintien de l'antisepsie prophylactique du tractus vaginal s'impose pour nous, au même titre que celles des organes génitaux externes.

Les précautions antiseptiques que Döderlein (1) propose, à savoir : 1° de rincer à l'aide de deux doigts le vagin et la portion inférieure du col ; 2° et de faire ensuite toutes les deux heures une injection avec une solution antiseptique, sont donc en partie motivées.

Aussi motivée semble la méthode de désinfection proposée par Eberhart (2), à savoir : à savonner soigneusement *les parties génitales* externes et ensuite de désinfecter le vagin et le col, depuis l'entrée de la femme jusqu'à l'accouchement.

« Dans les jours suivants, nous faisons, dit-il, des lavages vaginaux avec une solution de sublimé à 1/3000. »

Pour la même raison, et pour éviter dans la douche vaginale la contamination de l'utérus par les microbes qui pourraient se trouver dans le vagin, Ahlfeld (3) se sert d'une canule en verre présentant de petites ouvertures dirigées obliquement de haut en bas. De cette façon, l'irrigation se fait, non au moyen d'un jet ascendant, mais par une série de filets d'eau s'écoulant de haut en bas, le long des parois vaginales.

(1) Döderlein. Op. cit.

(2) Eberhart. Op. cit.

(3) Deutsche medicinische Wochenschr. Décembre 1896.

Les conclusions auxquelles sont arrivées Kaltenbach et tous ceux qui ont employé sa méthode, se trouvent donc pleinement justifiées et la *preuve bactériologique* après la *preuve clinique* lui donne une base scientifique telle, que notre méthode s'impose à l'attention des accoucheurs.



Chapitre IV

Critique des diverses méthodes employées dans la rétention des membranes

Nous supposons qu'on a attendu, pour faire la délivrance, le moment où le placenta décollé se trouve en grande partie dans le vagin, car l'intervention en temps opportun permet d'éviter bien des rétentions : c'est la conduite que nous nous imposons dans tous les cas de délivrance — sauf dans certaines complications — et qui constitue pour ainsi dire le traitement prophylactique de la rétention des membranes.

Si, malgré toutes les précautions prises, on éprouve une certaine résistance, due à ce que les membranes ne sont pas entièrement décollées, on a conseillé « de faire exécuter au placenta saisi avec les deux mains un nombre de mouvements de rotation sur lui-même suffisant pour que de proche en proche la torsion s'étende aux parties les plus élevées et encore adhérentes des enveloppes de l'œuf. Celles-ci,

roulées en corde, se déchirent moins facilement et sont entraînées sans difficulté. Mais cette torsion des membranes est souvent la cause de leur déchirure » (Ribemont-Dessaigne et Lepage).

On a conseillé aussi d'introduire doucement deux doigts le long des membranes dans la cavité vaginale pour essayer de les détacher de cette façon de leurs adhérences.

C'est le procédé que mon maître, M. le Prof. Budin, préconise à titre d'essai, vu qu'on réussit parfois avec ce moyen plutôt anodin et simple.

M. Tarnier (1) avait proposé de lier les membranes au ras de la vulve à l'aide d'un fil aseptique et de les sectionner au-dessous, afin d'enlever le placenta.

Nous croyons, avec M. Budin, qu'il ne faut pas trop compter sur ce moyen. Si dans la plupart des cas il n'est pas nuisible, il faut pourtant savoir que des membranes s'altèrent et quand on tire sur le fil, parfois elles se déchirent et l'on extrait seulement la portion qui se trouve dans le vagin.

« Le fil peut être dangereux, dit M. Budin, si l'antisepsie n'est pas faite avec le plus grand soin, et

(1) Tarnier et Chantreuil. *Traité d'accouchements*, p. 741.

les germes septiques peuvent monter de la cavité vaginale dans la cavité utérine ».

Les soins antiseptiques les plus rigoureux sont donc indispensables jusqu'à l'expulsion des membranes, et, pour cela, il faut faire un pansement soigné de la vulve et du vagin, car les microbes de ces régions peuvent, en suivant par capillarité, le fil continuellement baigné par les lochies et les sécrétions vaginales, arriver sur les membranes et déterminer leur putréfaction.

Pourtant, malgré tout, on peut avoir différents accidents à la suite de ce procédé. M. Porak a bien voulu nous communiquer oralement, avec une bienveillance rare dont nous lui savons le plus grand gré, deux cas de sa clientèle, où des complications de nature diverse, survenues à la suite de rétention des membranes, peuvent être attribuer à l'application du procédé de Tarnier, dans ces cas :

1) Le premier cas se réfère à une malade, avec un mauvais terrain, étant diabétique et albuminurique, et qui est à sa deuxième grossesse et accouche vite. On fait la délivrance et le placenta sont découronné. Les membranes étant très adhérentes à la cavité utérine, M. le Dr Porak les attache avec une ficelle. Quelques jours après, cette malade présente une augmentation de la température. Malgré les injections intra-utérines et le traitement indiqué, le *phlegmatia alba dolens* se déclare vers le 15^e jour. La santé se rétablit lente-

ment mais complètement. L'œdème du membre se dissipe presque entièrement.

2) Une autre parturiente, après un accouchement normal, présente, après la délivrance autrement normale, la rétention partielle des membranes ; on les attache avec une ficelle, qui pendait hors de la vulve. Des pertes sanguines apparaissant vers la fin de la première semaine, alors que les membranes n'étaient pas encore détachées, M. Porak pratique le toucher vaginal, et trouve le col largement ouvert. En tirant sur les membranes, il réussit à les extraire. Dès le lendemain, le col était reformé et refermé, de telle sorte qu'il fut évident pour lui que l'adhérence persistante des membranes était la seule cause de la perméabilité du col.

C'est donc un procédé qui peut être utile, mais aussi dangereux.

Il est à remarquer que dans la majorité des cas, la rétention est constituée par un lambeau plus ou moins grand de membranes, déchiré et séparé du reste.

On a recommandé alors d'introduire la main dans l'utérus et d'extraire la partie du délivre retenue. Nous savons déjà par Puzos que fréquemment on ne réussit pas à les détacher. En effet quand les membranes sont adhérentes elles offrent une surface lisse qui ne donne aucune prise à la main et deviennent fort difficile à distinguer de la surface interne de l'utérus. Dans le cas d'adhérence complète des mem-

branes aux parois de l'utérus, le traumatisme nécessaire à leur décollement rendrait l'intervention pour l'accouchée plus dangereuse que l'accident lui-même.

L'introduction de la main dans l'utérus est en outre capable de porter des microbes là, où il n'y en avait pas.

M. Tarnier dit aussi avoir échoué avec ce moyen neuf fois sur dix.

Il est d'autant plus interdit d'introduire une pince ou tout autre instrument tranchant, ainsi que quelques auteurs l'ont conseillé, le danger de ces cas étant encore plus considérable.

C'est un danger de perforation surtout et il s'est même réalisé avec la curette. Le curettage, en effet, est assez fréquemment employé comme moyen d'extraction des membranes. Nous croyons, avec notre maître, M. le Professeur Budin, qu'il est préférable de s'en abstenir.

L'écouvillonnage est encore un procédé excellent de traitement mis en pratique par beaucoup d'accoucheurs. Un certain nombre l'emploient systématiquement et *a priori*, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas infection, dans tous les cas de rétention.

Nous croyons que c'est une précaution exagérée,

puisque dans l'immense majorité des cas, l'infection n'est pas à craindre, si on a fait une bonne antisepsie.

Beaucoup d'accoucheurs préconisent l'expectative dans la rétention des membranes, tant qu'on n'a ni lochies fétides, ni température, ni hémorragie. On donne à l'accouchée, immédiatement après la délivrance, une injection vaginale antiseptique et on ferme l'entrée de la vulve par un pansement. On continue les injections vaginales deux fois par jour, jusqu'à l'élimination des membranes.

A la Clinique Tarnier, dans le service de M. le Professeur Budin, nous trouvons, sur 1,115 accouchements, 102 cas avec membranes incomplètes, où on a suivi cette méthode.

Sur ces 102 cas, on en a vérifié 74 fois l'exactitude par l'examen de l'arrière-faix ; 28 fois cela n'a pas été possible, les membranes étant sorties déchirées.

Dans 84 cas avec la ligne de conduite ci-dessus mentionnée, les suites de couches furent absolument normales.

Dans 5 cas, on a eu de la température passagère, ne nécessitant aucune intervention spéciale ; un de ces cinq cas se réfère à une femme à qui on avait fait une application de forceps pour lenteur de travail.

Dans deux cas, il y eut rétention de toutes les membranes qui furent expulsées pendant l'injection

intra-utérine. Dans un de ces cas, l'hémorrhagie qui, s'était produite, a cessé, avec l'expulsion des membranes.

Dans un cas de placenta découronné avec colerette graisseuse, on a eu une hémorrhagie de la délivrance. On a pratiqué alors l'extraction des membranes et des caillots, suivie d'une injection intra-utérine.

Dans huit cas on fait l'écouvillonnage pour rétention avec un état infectieux.

Dans un cas, lochies fétides, écouvillonnage.

Dans un cas, expulsion des membranes le 2^e jour. Rétention des lochies. Lochies très fétides. Ecouvillonnage le 8^e jour.

Donc sur ces 102 cas de rétention, 89 fois, l'expectation avec antisepsie ont suffi pour que les suites de couches soient apyrétiques, ou avec une fièvre passagère ; 13 fois on est intervenu : 2 fois pour hémorrhagie, 11 fois pour des états plus ou moins infectieux.

Certes l'antisepsie rigoureuse dans la méthode d'expectative diminue beaucoup les chances d'infection dans les cas de rétention des membranes. Mais sachant combien est difficile d'entretenir l'asepsie parfaite du tractus vaginal, nous serions tenté à supposer que les cas d'infection — qui sont très rares, comme nous venons de voir — avec cette méthode seraient dus à ce que, une partie des membranes retenues dans l'utérus se prolonge jusque dans le vagin

plus ou moins septique, sans qu'on s'en aperçoive. Nous avons hâte d'ajouter n'avoir jamais eu l'occasion de constater la réalité de notre supposition et nous attendons que les preuves cliniques viennent vérifier nos dires.

.....

En passant en revue les divers modes de conduite à l'égard des membranes retenues dans l'utérus, nous avons montré leurs inconvénients, ou leur inutilité. Nous en arrivons à la méthode de Kaltenbach qui, par sa simplicité ou son innocuité, est appelée à les remplacer, selon nous, dans la plupart des cas, et à faire de la rétention des membranes une complication de la délivrance très peu redoutable,

Nous allons donc maintenant nous occuper spécialement de cette méthode, voir quelles sont ses conditions d'application et ses indications.



Chapitre V

Conditions d'application de la méthode de Kaltenbach

Pour qu'on puisse utiliser la méthode, trois conditions sont indispensables : 1° qu'il y ait rétention des membranes, et rien que des membranes ; 2° qu'il y ait aseptie parfaite de la cavité utérine ; 3° qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie.

1° Pour la première condition il importe peu la quantité des membranes retenues : alors même que le placenta est complètement découronné, la rétention ne présente pas d'inconvénient, si les deux autres conditions sont remplies. Mais il n'en est plus de même si, avec les membranes, se trouvent retenus quelques débris placentaires, dont les conditions de vitalité nous conduisent à avoir une ligne de conduite toute autre que pour la rétention des membranes seules. Nous ne sommes donc pas de l'avis de Winter (1)

(1) Loco cit.

qui ne voyait pas de danger dans la rétention placentaire, comme dans celle des membranes, dans la cavité utérine anamicrobienne.

2° La deuxième condition *sine qua non* de l'emploi de la méthode de Kaltenbach est l'état d'asepsie parfaite de la cavité utérine. Cette notion de l'asepsie utérine, à l'état normal, a été développée assez longuement dans les pages qui précèdent ; nous la supposons définitivement admise, et nous n'y reviendrons pas.

3° La troisième condition à remplir est l'absence de toute hémorrhagie utérine. Il est bien évident que si, à la suite d'une des causes quelconques de l'hémorrhagie utérine, que cette cause dépende des membranes elles-mêmes, ou de l'état de l'utérus, ou enfin d'un état général, on se trouve en présence d'une perte de sang très abondante, l'extraction artificielle s'impose d'urgence.



Chapitre VI

Indications de la méthode

Une fois les conditions de la méthode établies, nous devons nous demander quelles sont ses indications.

En nous rapportant à l'autorité de notre maître, M. le professeur Budin, nous distinguerons d'une façon générale dans les cas de rétention des membranes, deux catégories de faits, à savoir :

I^{re} Catégorie. — La rétention des membranes existe chez une femme dont l'utérus est à l'état aseptique parfait.

II^e Catégorie. — La rétention des membranes existe chez une femme dont l'utérus est infecté.

I^{re} Catégorie. — Dans cette catégorie de faits, les trois conditions de la méthode sont réalisées, c'est-à-dire, il y a rétention des membranes, il n'y a pas d'infection utérine, et pas d'hémorrhagie.

Lorsqu'il en est ainsi, le séjour prolongé des membranes dans la cavité utérine ne donne lieu, et

encore pas toujours, qu'à de petits accidents, tels que tranchées, hémorrhagies légères, et dans les jours qui suivent, les produits retenus s'éliminent progressivement, ou en une seule fois sous forme de débris ou de grands lambeaux. L'état général reste bon et il n'y a pas de fièvre ; il n'y a pas non plus de complications.

II^e Catégorie.— Dans cette catégorie, l'utérus est infecté, quelle que soit la cause, et deux seulement des conditions de la méthode sont remplies, à savoir : absence d'hémorragie et rétention des membranes. Mais il est très important de spécifier, puisque nous n'avons en vue ici que l'étude de la rétention des membranes dans la méthode et par la méthode de Kaltenbach, que cette infection sera survenue après l'application de la dite méthode. Cette rétention alors s'accompagne de phénomènes infectieux locaux et généraux plus ou moins graves, qui sont : fétidité des lochies, endolorissement et retard de regression du muscle utérin, béance du col, pouls et température élevés, mauvais état général. Les complications éventuelles de cette situation sont d'une part l'endométrite, la salpyngite, etc., d'autre part l'infection généralisée.

Voyons maintenant quels sont les cas qui rentrent dans la première catégorie :

1^o Cas d'une parturiente dont l'état local et général est irréprochable.

2^o Cas d'une femme qui présente de l'infection

locale, c'est-à-dire des régions avoisinantes de l'utérus.

3° Cas d'une femme qui présente de l'infection générale sans infection locale.

4° Cas d'une femme qui présente de l'infection locale et générale.

Nous allons examiner successivement ces divers ordres de faits et tâcher d'apporter à chacun d'eux, après la discussion théorique, les preuves cliniques dont nous pouvons disposer.

1° Cas d'une femme dont l'état local et général sont irréprochables.

Dans ce cas là, évidemment, la méthode doit être rigoureusement employée, et si la pratique répond à la théorie, tout doit normalement se passer.

Nous apportons, comme confirmation de cette opinion, 5 observations prises dans le service de M. le Dr Porak, à la Maternité, grâce à ses bons offices personnels, autant qu'à ceux de son entourage, dont nous ne saurions trop nous louer. A ces observations que nous publierons plus loin, nous apporterons l'observation du Dr Yves (Obs. I) à laquelle nous avons déjà fait allusion. Si nous jetons un coup d'œil général sur chacune d'elles pour avoir une vue d'ensemble, nous constaterons que la méthode y a donné des résultats excellents.

En effet l'élimination des membranes s'est faite en totalité au 3° jour de l'accouchement dans un cas

(obs. V); sous forme de débris, mélangés de quelques caillots dans deux cas, du 2^e au 4^e jour (obs. IV et VI); enfin sous cette forme également, mais sans caillots, du 1^{er} au 4^e jour pour les deux derniers cas (obs. II et III). A aucun moment pendant cette période et dans celle qui a suivi, jusqu'au départ des accouchées, les symptômes d'un état infectieux quelconque, local ou généralisé, ne se sont montrés. La température, le pouls, sont demeurés normaux.

2^e cas. — Femme qui présente de l'infection locale, c'est-à-dire des régions avoisinantes de l'utérus.

Ces infections du voisinage peuvent être : a) une vaginite granuleuse ou autre ; b) une bartholinite ou une affection vulvaire ; c) un abcès quelconque des parties limitrophes, tels qu'un phlegmon du ligament large, un abcès du petit bassin.

S'il s'agit d'un état de septicité de la vulve ou du vagin, nous croyons que, les précautions antiseptiques les plus rigoureuses qui sont d'usage en pareil cas, ayant été prises, notre méthode pourra être employée. Elle le devra même l'être d'autant plus, que jamais les risques de pénétration des germes pathogènes dans la cavité utérine n'aurait été plus grand, soit qu'ils y viennent apportés par une main imprudente. ce qui est le cas plus fréquent, soit qu'ils y viennent par l'intermédiaire des membranes qu'on laisse accidentellement pendre dans le vagin, — ce qui est le

cas rare —, l'intervention étant habituellement de règle.

Lorsqu'une affection des régions ou organes de voisinage est en cause, la conduite de l'accoucheur variera, selon le siège et la gravité des lésions. Il est évident que s'il s'agit par exemple d'un phlegmon du ligament large, ou d'une affection du cul-de-sac de Douglas, à supposer toutefois que la femme n'ait pas déjà été infectée au préalable, ce qui la placerait dans la 2^e catégorie, il est évident, disons-nous, que notre méthode n'est pas à employer, puisque les chances d'infection de l'utérus sont déjà suffisantes par elles-mêmes, sans y ajouter quelque chose de plus.

Nous n'avons malheureusement pas d'observations à fournir pour fonder une pareille conduite, mais nous avons cru être en droit néanmoins de l'envisager, étant donné que des cas semblables peuvent se produire, et se produisent sûrement, à chaque instant, lorsqu'il s'agit des infections du premier groupe.

3^e cas. — Femme qui présente de l'infection générale sans infection locale.

Ici il faut évidemment distinguer et varier le mode d'action selon la gravité de l'état infectieux. Si par exemple, il s'agit d'une maladie générale bénigne, comme la grippe légère dont nous apportons plus loin l'exemple, il n'y aura pas d'inconvénient sérieux, à laisser les membranes dans l'utérus et à employer notre méthode : la température existe,

l'état général est variable, mais dans aucun cas, les symptômes d'infections ne s'observent du côté de l'utérus, c'est ainsi du moins que les choses se sont passées chez la femme, qui fait le sujet de notre observation (observ. VII). Mais si, au contraire, une fièvre grave éruptive ou non éruptive est en cause, ce serait, nous le croyons, une grave imprudence que d'abandonner les membranes dans l'utérus qui déjà, par le seul fait de l'accouchement, est en état de moindre résistance : nous interviendrons donc.

Cependant il faut tenir compte jusqu'à un certain point de l'aggravation que pourrait déterminer, même une opération de cette nature, dans la situation générale de la malade, et certains cas, qui sont l'exception à notre avis, exigeraient l'abstention de toute intervention, et par suite, l'emploi du procédé de Kaltenbach.

A notre grand regret nous n'avons aucun fait à cela à l'appui de ces dernières éventualités, que nous ne faisons que discuter.

4^e cas. — Femme qui présente de l'infection locale et générale.

Ici non plus, l'emploi ou le rejet de la méthode de Kaltenbach n'est pas assis sur des observations, nous ne pouvons donc que discuter les faits et les envisager théoriquement en attendant que l'expérience vienne confirmer ou contredire notre manière de voir.

Supposons par exemple le cas d'une femme atteinte de vaginite gonococcique, et chez laquelle évolue en même temps, un érysipèle. D'une part ainsi que nous l'avons montré plus haut, la vaginite n'est pas une contre-indication à l'emploi de notre méthode et l'érysipèle peut, jusqu'à un certain point, de par la gravité de l'état général, le contre-indiquer et par suite, commander tel procédé qui convient à l'évacuation utérine.

Le cas est très embarrassant, il faut l'avouer, et en l'absence de preuves matérielles pour ou contre, nous ne saurions choisir, préférant garder une prudente réserve.

II^e Catégorie. — Dans cette catégorie nous sommes guidé par une considération unique, l'infection utérine. Mais ainsi que nous l'avons déjà indiqué, nous plaçant uniquement au point de vue de la méthode de Kaltenbach, nous supposons que cette méthode a été mise en pratique et que ce n'est que dans la suite qu'est survenue l'infection.

Si donc, après l'emploi de notre procédé, les signes de la contamination utérine se révèlent, s'il devient évident que les membranes laissées dans la cavité de la matrice, ne sont plus dans un milieu aseptique, quelle sera la conduite à tenir ?

Cette conduite évidemment ne diffère de celle qui est indiquée dans la rétention septique des mem-

branes, quelle qu'en soit la cause. Il faudra intervenir et nettoyer le foyer d'infection.

Quels moyens seront les meilleurs pour atteindre ce but, qui est à la fois d'aseptiser et d'antiseptiser la cavité utérine ? A notre avis, les curettes et tous les autres instruments tranchants devront être rigoureusement proscrits, car le danger de perforations utérines par leur emploi n'est plus à démontrer lorsqu'on opère, comme dans le cas présent, sur un muscle infecté, dont les parois sont ramollies.

Par quoi les remplacer ? Nous les remplacerons par l'excellent procédé qu'utilise journellement dans son service notre maître, M. Budin, et dont nous avons pu apprécier l'excellence des résultats pendant le séjour que nous y avons fait.

Ce procédé se résume dans l'écouvillonnage pratiqué à l'aide d'un écouvillon en côtes de plumes, qui a le grand avantage « de frotter bien sans déchirer ». Cet écouvillon, qui est très ferme, est imbibé de glycérine créosotée au tiers et a l'avantage ainsi, d'antiseptiser et de cautériser la surface interne de l'utérus, en même temps qu'il la nettoie et en détache les membranes.

Un seul écouvillonnage suffit généralement. On aura recours à un second, si besoin.

Le complément indispensable de l'écouvillonnage, ce sont les injections antiseptiques intra-utérines.

Nous recommandons de se servir ici de la sonde

de Budin, qui, par son ingénieuse disposition, ne donne pas de rétention de liquide et par suite ne provoque pas de distension exagérée de l'utérus.

Après un pareil traitement on verra rapidement les phénomènes infectieux, locaux et généraux, s'atténuer dans la plupart des cas, et toutes choses revenir à l'état normal.



Observations

OBSERVATION I

(D^r Ives, Archives de Tocologie, 1875).

Le 9 décembre dernier, je suis appelé près de Madame D... Cette dame, âgée de 23 ans, de bonne constitution, est enceinte pour la troisième fois et à terme. Douleurs légères depuis le matin, il est six heures du soir. Vers huit heures, la dilatation est complète, présentation de la tête en OIGA, je romps les membranes. Vers neuf heures, la sortie de l'enfant a lieu normalement. Je m'occupe de l'enfant, et, vingt minutes après, je reviens près de la malade. Le placenta repose sur l'orifice et présente sa face fœtale. Après quelques tractions sur le cordon, je sens le délivre qui s'engage dans le vagin, je le saisis, et, lui imprimant doucement quelques mouvements de rotation sur lui-même, afin d'enrouler en arrière les membranes en cordon, je l'extrais. Mais tout à coup je me sens arrêté solidement. Je me fais éclairer, et j'aperçois, sortant de la vulve et tenant au délivre, un cordon de la grosseur du petit doigt. Je le déroule

et reconnais facilement une partie de l'amnios et tout le chorion, qui me paraît manifestement épaissi. Je tords de nouveau les membranes sur elles-mêmes et, par des tractions légères d'abord, puis assez fortes, je cherche à les amener au dehors. Mais rien ne bouge. J'introduis deux doigts profondément dans le vagin, et, saisissant les membranes aussi haut que possible, je tire avec une certaine force, mais inutilement. Pendant une heure, comme il n'y a pas de complications, j'essaye à plusieurs reprises, mais sans résultat. Il me semble que je renverserais plutôt l'utérus, tant la résistance est forte. J'administre un gramme d'ergot de seigle, pensant que des contractions utérines viendraient à mon secours. Une heure encore se passe en tentatives sans résultat.

Il n'y avait pas d'écoulement sanguin ; mais, voyant l'inutilité de mes efforts, et la malade, ainsi que les parents présents, s'alarment d'un aussi long retard, j'introduisis deux doigts de la main gauche et, m'en servant comme conducteurs, j'allai couper avec des ciseaux mousses les membranes aussi près que possible de leur point d'attache. Le délivre, que j'examine alors, présente tout autour 5 ou 6 centimètres d'amnios ; le reste de l'amnios déchiqueté vient doubler le chorion, qui, décollé lui-même, ne tient au délivre que par un pédicule large de 5 centimètres environ.

Le chorion est manifestement épaissi et résiste fortement au doigt.

La nuit fut bonne. Le lendemain, 10 novembre, quelques coliques, écoulement lochial régulier, pouls 72, peau fraîche. Etat général bon, la malade a uriné. Je prescris des

lavages fréquents et deux injections d'eau tiède alcoolisée, deux potages.

11 novembre. — A ma visite du matin, la malade me dit qu'elle a eu, pendant la nuit, un très grand frisson, qu'elle a claqué des dents, et qu'elle a eu beaucoup de peine à se réchauffer. On me montre un caillot assez volumineux qu'elle a rendu le matin. Examiné dans l'eau, ce caillot contient quelques débris de membranes. L'état général est bon, pouls 75, ventre peu sensible. Même traitement.

Le soir, je reviens. On me montre un nouveau caillot plus volumineux que le premier, que la malade a rendu vers midi, au moment où on lui donnait une injection. Cette fois, ce sont bien les membranes macérées, fortement odorantes, et probablement entières, 5 ou 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur environ. Une des extrémités présente manifestement des traces d'attache.

Elles ont donc séjournés quarante heures environ dans l'utérus. A partir de ce moment, tout se passa régulièrement.

OBSERVATION II

La nommée D..., multipare, 37 ans, 7 grossesses antérieures.

Les dernières règles datent du 8 au 11 avril 1898. Le 6 janvier, ayant des contractions douloureuses, elle vient à la Maternité à 4 h. 10 du matin. Reconnue en travail, elle

est introduite à la salle d'accouchements, où on trouve une dilatation de 2 à 3 centimètres et une partie fœtale qui se présente, ayant les caractères de la tête, en O I G A. A 5 h. 40, la dilatation est complète ; l'accouchement se fait à 5 h. 45 du matin.

A 6 h. 10 du matin, la délivrance se fait spontanément ; le placenta, du poids de 450 gr., sort découronné.

On va à la recherche des membranes dans le vagin ; on les extirpe le plus haut possible et on a ainsi une partie de la poche, mais une assez grande portion reste dans la cavité utérine.

On prescrit deux injections vaginales par jour et le pansement vulvaire.

7 janvier. — Rien à signaler. Temp. 37° 4. P. 90.

8 janvier. — Dans les lochies et au milieu du liquide d'injection, quelques débris membraneux. T. 37°. P. 80.

9 janvier. — Des tranchées un peu plus fortes et après, élimination d'un grand lambeau de membranes, toujours sans élévation de température.

Les autres jours, rien à signaler. Sortie le 15^e jour.

OBSERVATION III

La nommée Ph..., multipare, 31 ans, entre à la Maternité le 2 novembre 1899, ayant des contractions douloureuses.

Trois grossesses antérieures normales.

Grossesse actuelle : D. R. le 2 janvier 1899

A la salle de travail, à 2 h. 1/2 du matin, le 2 novembre, on constate à l'examen : dilatation de 5 à 6 centimètres, poche des eaux intacte. Sommet engagé en G A. Bruits du cœur bons.

A 3 h. du matin, la poche des eaux se rompt spontanément ; à ce moment, la dilatation est complète et la tête accomplit son mouvement de rotation. La parturiente a des contractions très énergiques ; à 3 h. 20 du matin, la tête apparaît à l'orifice vulvaire et se dégage suivant ses diamètres sous-occipitaux.

Le tronc et les épaules se dégagent aussi sans difficulté. L'enfant, qui présente un spina bifide à la région lombaire, pèse 3250 gr. Quelques minutes après, le placenta repose dans le vagin et, à l'aide de la méthode mixte, on l'amène au dehors des voies génitales, mais on est arrêté par les membranes qui ne se détachent pas complètement de la cavité utérine. De légères tractions sont faites avec le même insuccès.

Vu la circonstance, on introduit deux doigts dans le vagin et saisissant les membranes aussi haut que possible, on extirpe la partie qui se trouve dans le vagin.

L'arrière-faix, examiné alors, est incomplet, il manque une partie de la caduque et du chorion. On prescrit pour la femme des injections vaginales et un pansement vulvaire.

Le 3 novembre, l'état de la parturiente est bon ; l'injection du soir amène quelques débris de membranes.

Le 4 novembre, la parturiente accuse quelques tranchées et l'injection amène quelques débris de membranes. Pouls, température et lochies normales.

Le 5 novembre, au milieu du liquide de l'injection on

trouve encore un assez grand lambeau de membranes. La température est à 37,5, le pouls est à 92. Comme elle est constipée depuis 2 jours, on lui donne un grand lavement.

Le 6 novembre, l'état de la femme continue à être bon. Température et pouls normaux.

Le 7 novembre de même et jusqu'au 11 novembre, jour de sa sortie, tout se passe très bien.

OBSERVATION IV

La nommée Zid..., âgée de 21 ans, primipare.

Les dernières règles datent du 13 février 1899.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 9 novembre de la même année, époque à laquelle ont apparus les douleurs, qui déterminent son entrée à la Maternité.

Après avoir reçu les soins antiseptiques d'urgence, elle monte à la salle de travail à 2 heures du soir.

On constate alors au toucher un col dilatable de 3 centimètres, les membranes intactes et un sommet engagé en D P. Les bruits du cœur sont bons.

Le 10 novembre, à 8 heures du matin, la dilatation est complète, on rompt les membranes et la femme accouche à 9 h. du matin d'un enfant vivant, du sexe masculin, du poids de 2650 gr.

A 9 h. 4/2, le placenta est dans le vagin, on l'extrait à l'aide de la méthode mixte et on l'amène au dehors ; mais les membranes sont adhérentes à la cavité utérine et à la

suite de tractions très légères, faites pour les détacher, elles se rompent.

La sage-femme de garde, en présence de cette situation, introduit deux doigts dans le vagin et, suivant les membranes, elle les arrache le plus haut possible, afin que rien ne reste dans le vagin.

Le placenta, dont le poids est de 510 grammes, examiné à ce moment, montre qu'une grande partie des membranes fait défaut.

L'accouchée reçoit les soins consécutifs nécessaires. Les injections vaginales, 2 fois par jour, et le pansement vulvaire sont prescrits.

Le 11 novembre, l'état général est bon. la température à 37°, le pouls à 80. Pendant l'injection du soir un lambeau de membranes est éliminé au milieu de quelques caillots de sang. Les lochies ne sont pas fétides.

Le 12 novembre, le pouls, la tempér. et les lochies demeurent normales.

L'injection vaginale ramène quelques débris.

Le 13 novembre et les jours qui suivent, l'état continue à être bon et jusqu'à la sortie, le 21 novembre, la femme ne présente rien de particulier.

OBSERVATION V

La nommée X... Marie, âgée de 24 ans, domestique, primipare, à terme.

Halpern

5

Rien à signaler dans ses antécédents.

Entre à la Maternité le 11 novembre, à 6 h. du soir, avec un début de travail. Accouche spontanément le lendemain matin, à 11 h. d'un enfant vivant de 3,100 gr.

Environ une demi-heure après, le placenta reposant dans le vagin, on l'amène au dehors des voies génitales à l'aide de la méthode mixte : le placenta se présente par sa face utérine, les membranes se déchirent. Le placenta est découronné sur les $\frac{3}{4}$ de son étendue.

Les membranes, qui pendent dans le vagin, semblent adhérentes à la paroi utérine.

La sage-femme de garde introduit deux doigts le long des membranes dans la cavité vaginale et les arrache très haut.

On prescrit les injections vaginales, deux fois par jour et un pansement vulvaire.

Le 13 novembre, au matin : le pouls est à 86, et la température à 36°2 ; le soir : P. 82, T. 37°.

Le 14 novembre, l'injection vaginale rend visible, à la vulve, un lambeau de membrane et, en exerçant de légères traction on réussit à l'extraire sans accident. Le pouls, la température et les lochies ne présentent rien de particulier.

Le 15 novembre et les jours suivants, les suites de couches sont normales : l'état de la parturiente se maintient bon.

Sortie le 22 novembre.

OBSERVATION VI

La nommée F..., 21 ans, cuisinière, secondipare, au terme de sa grossesse, entre à la Maternité le 14 novembre, à 8 h. 50 du soir, parce qu'elle ressent des douleurs.

Réglée à 15 ans.

Une première grossesse à 20 ans ; accouchement normal, à terme, l'enfant vit encore et se porte bien.

Grossesse actuelle : les dernières règles le 11 février 1899.

Elle accouche spontanément le 15 novembre 1899, à 9 h. 20 du soir.

A 10 h., le placenta apparaît par son bord dans le vagin, ou plutôt on fait apparaître ce bord en faisant de légères tractions sur le cordon. Le placenta semble incomplètement décollé et le doigt remontant le long du cordon n'arrive pas sur son insertion. On pratique un peu d'expression utérine et le placenta achève de descendre, mais les membranes restent fortement adhérentes au fond de l'utérus. On les saisit au ras de la vulve et on les tire légèrement pendant qu'une main de l'aide appuie sur le fond de l'utérus, mais c'est en vain et elles ne se détachent pas. Au niveau du col, les doigts, introduits dans le vagin, arrachent alors le cordon membraneux, le plus haut possible, et ce qu'on ne peut atteindre est abandonné dans la matrice.

La parturiente perd environ 150 gr. de caillots. Une injection vaginale chaude arrête l'hémorrhagie.

Le soir de son accouchement et deux jours après, la parturiente accuse des tranchées, perd peu de sang sous forme de caillots et de débris de membranes, au milieu du liquide d'injection et des lochies.

Elle n'a rien de particulier les autres jours. Cette femme avait séjourné à Michelet pendant les jours qui avaient précédé son accouchement. Elle avait reçu là tous les soins antiseptiques nécessaires.

Sortie le 23 novembre à sa demande.

OBSERVATION VII

La nommée R..., artiste, âgée de 29 ans, primipare, se présente à la Maternité le 12 janvier 1899.

Elle dit être enceinte du neuvième mois, ses dernières règles datant du 1^{er} avril 1898.

Elle a ressenti quelques douleurs dans la journée. Elle n'est pas en travail, mais comme elle présente de l'élévation de la température, on l'accepte à l'infirmerie. Le thermomètre marque 39°. L'état général, ainsi que l'indique la feuille d'observation, est celui d'une grippe d'une gravité moyenne. On lui fait prendre 4 gr. d'antipyrine et 0,50 de sulfate de quinine.

Le 18 janvier elle entre en travail, on la conduit à la salle d'accouchement à 9 heures du soir. Le toucher montre un col court et dilatable de 1 cent., et une présentation du sommet en GA. Les membranes sont intactes et les bruits

du cœur sont bons. Les contractions sont très rapprochées et très énergiques.

Le lendemain à 4 heures du matin la poche des eaux se rompt spontanément. Le liquide qui s'écoule est normal. La dilatation est alors de 8 centim. A 4 heures 20 elle est complète et à 4 heures 50 la femme accouche d'un enfant vivant, du sexe féminin de 2700 grammes.

40 minutes plus tard, le placenta est dans le vagin ; on l'extrait alors à l'aide de la méthode mixte.

Le placenta pèse 550 gram. ; l'insertion du cordon est marginale.

Les membranes sont friables ; l'examen du placenta montre qu'une partie de la caduque et du chorion font défaut.

La sage-femme du service va alors à la recherche des membranes dans le vagin et les extirpe au niveau du col. Un lambeau assez grand reste dans l'utérus.

On prescrit des injections vaginales répétées et un pansement vulvaire.

Avant l'accouchement la température était à 39°, le pouls à 98 ; après, la température à 37,5 et le pouls à 100.

Le 2^e jour, au matin : T. 39° ; P. 120 ; Soir : T. 38° ; P. 120.

Le 3^e jour, au matin : T. 37°5 ; P. 110 ; Soir : T. 38°6 ; P. 124.

Le 4^e jour, au matin : T. 37° ; P. 100 ; Soir : T. 38° ; P. 110.

Le 5^e jour, au matin : T. 37°8 ; P. 104 ; Soir : T. 38°8 ; P. 100.

Le 6^e jour, au matin : T. 37°; P. 90 ; Soir : T. 39° ; P. 100.

Le 7^e jour, au matin : T. 37°4 ; P. 90 ; Soir : T. 39°8 ; P. 130.

Le 8^e jour, au matin : T. 37° ; P. 110 ; Soir : T. 37° ; P. 90.

Le 9^e jour, au matin : T. 37° ; P. 86 ; Soir : T. 36°8 ; P. 80.

Pendant tout ce temps, et malgré la fièvre et la fréquence du pouls, les lochies ne présentent pas de mauvaise odeur, l'utérus n'est pas douloureux et le ventre reste souple.

Le 3^e, 4^e et 5^e jour, les débris de membranes sont éliminés au milieu du liquide d'injection et des lochies.

La femme quitte l'hôpital parfaitement remise le 21^e jour de son accouchement.



Conclusions

I. — Si, pendant la délivrance, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, les membranes se sont déchirées, de telle sorte qu'une partie sortie de l'utérus pende dans le vagin, on doit se servir du procédé de Kaltenbach.

II. — Ce procédé consiste à retrancher, le plus haut possible, toutes les portions de membranes retenues, qui se trouvent dans le vagin, milieu septique, de façon à préserver de l'infection celles qui restent dans l'utérus, milieu aseptique.

Comme complément de ce procédé, il est bien évident que l'on doit faire une antisepsie rigoureuse, non seulement des organes génitaux externes, mais aussi du canal vaginal.

III. — Les conditions de cette méthode sont les suivantes : 1° Il faut que les membranes soient retenues et seules retenues ; 2° que l'utérus soit aseptique, et 3° qu'il n'y ait pas d'hémorragie.

IV. — Indications : 1° Lorsque l'état local et général de la femme est parfait, l'application de la méthode doit être la règle ;

2° Lorsque la femme présente un état infectieux local, la conduite varie selon le cas : a) s'il s'agit d'une

infection de la vulve ou du vagin, la méthode pourra être également employée, avec toutes les mesures d'antisepsie voulues ; b) s'il s'agit d'une infection de voisinage autre que ces deux cas, la conduite sera réglée par les circonstances ;

3° Lorsque la femme présente un état général infectieux bénin, sans infection locale, la méthode de Kaltenbach pourra être utilisée. Si l'état général est très grave, on sera guidé par les circonstances, mais il sera peut-être prudent de ne rien laisser dans la cavité utérine.

4° Lorsque l'état des régions limitrophes et l'état général sont mauvais, la conduite à suivre est discutable : on sera guidé par les circonstances.

V. — Si, après l'emploi du procédé de Kaltenbach, l'utérus est infecté, quelle qu'en soit la cause, il faut intervenir et le débarrasser par l'écouvillonnage et les injections intra-utérines.

Vu :

Le Président de la Thèse,
P. BUDIN.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

